



CANCER DU SEIN

Pr A.Mimouni
Gynécologie-obstétrique
FMPO

OBJECTIFS

- Citer les facteurs de risque du cancer du sein.
- Dépister un cancer du sein.
- Diagnostiquer un cancer du sein.
- Énumérer les éléments du bilan d'extension.
- Classer un cancer du sein.
- Reconnaître les principes thérapeutiques.
- Reconnaître les modalités de surveillance d'une femme traitée pour cancer du sein.

PLAN

- I. INTRODUCTION
- II. EPIDÉMIOLOGIE
- III. ANATOMOPATHOLOGIE
- IV. HISTOIRE DE LA MALADIE
- V. DIAGNOSTIC
- VI. CLASSIFICATION
- VII. FORMES CLINIQUES
- VIII. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE
- IX. SURVEILLANCE
- X. PRONOSTIC
- XI. DÉPISTAGE
- XII. CONCLUSION

INTRODUCTION

- C'est le 1^{er} cancer de la femme (1/3 des cancers de la femme).
- Age moyen de survenue = 50 ans.
- Problème de santé publique.
- Accessible au dépistage.

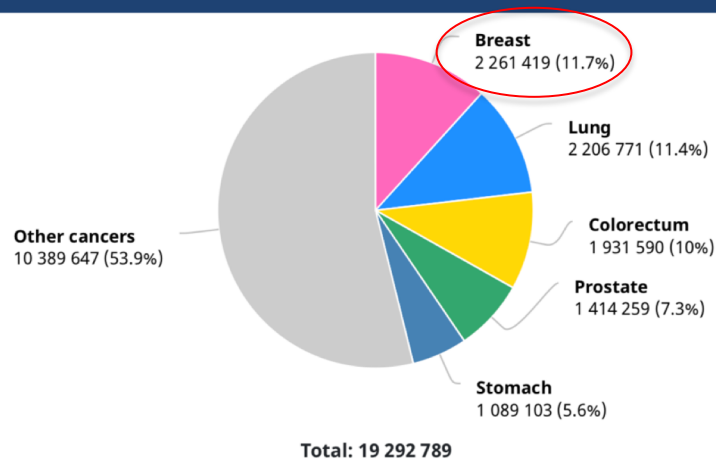
LE CANCER DU SEIN

- DANS LE MONDE:**

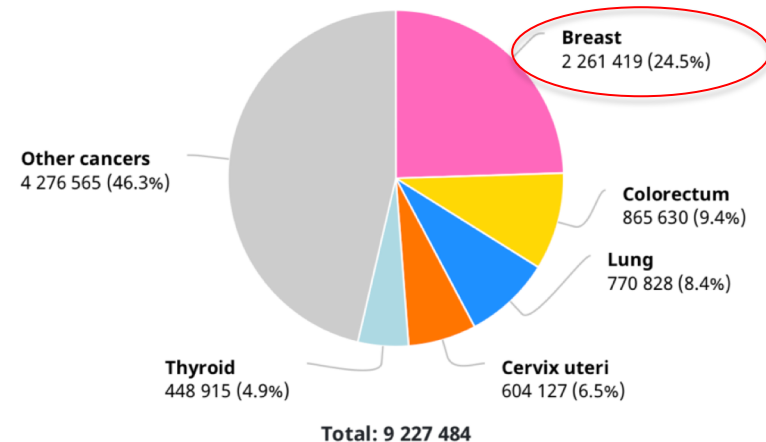
World

Source: Globocan 2020

Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



Number of new cases in 2020, females, all ages



Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site

Cancer	New cases				Deaths				5-year prevalence (all ages)	
	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Prop. (per 100 000)
Breast	2 261 419	1	11.7	5.20	684 996	4	6.9	1.49	7 790 717	201.58

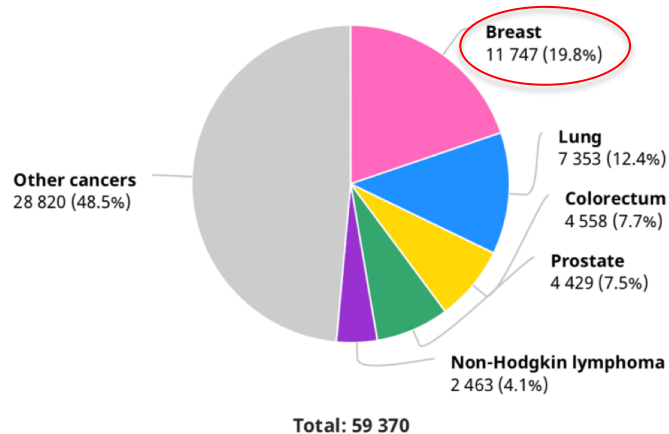
LE CANCER DU SEIN

- AU MAROC :**

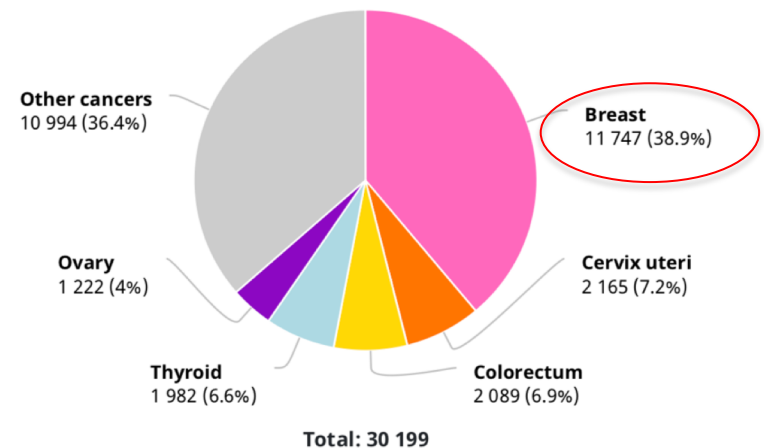
Morocco

Source: Globocan 2020

Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



Number of new cases in 2020, females, all ages



Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site

Cancer	New cases				Deaths				5-year prevalence (all ages)	
	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Prop. (per 100 000)
Breast	11 747	1	19.8	5.84	3 695	2	10.5	1.86	31 420	168.98

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Facteurs de risque:
 - Vie reproductive :
 - Pauciparité.
 - Première grossesse à terme tardive.
 - Absence d'allaitement maternel: .
 - L'allaitement diminue le risque de 4,6% par période de 12 mois.
 - Ménarches précoces, ménopause tardive.
 - Traitement hormonal substitutif prolongé.

ÉPIDÉMIOLOGIE

– Génétique :

- ATCD familiaux (Kc jeune âge, précocité, bilatéralité, autres cancers).
- Gène de prédisposition (BRCA 1, BRCA 2..).
- ATCD de mastopathie à risque .

– Haut niveau socio-économique :

- facteurs nutritionnels (lipides protides et alcool), stress...

– Obésité, sédentarité, Tabac...

ANATOMOPATHOLOGIE

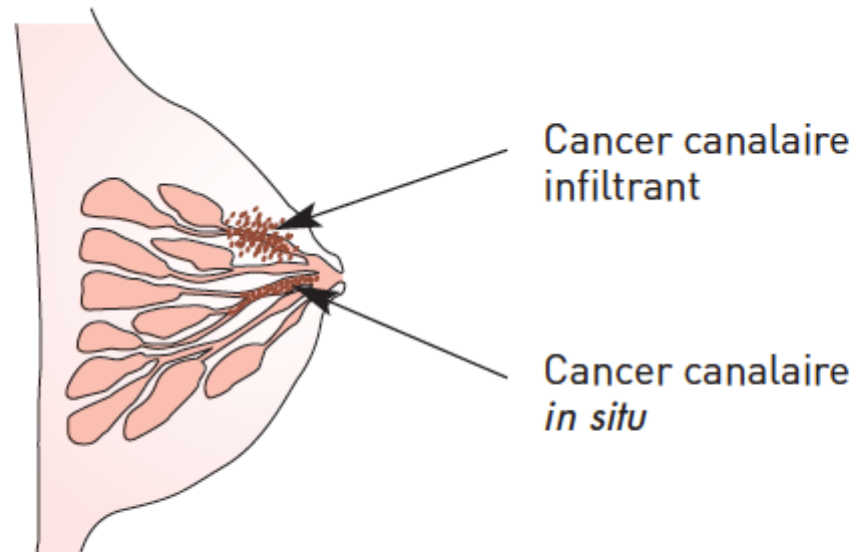
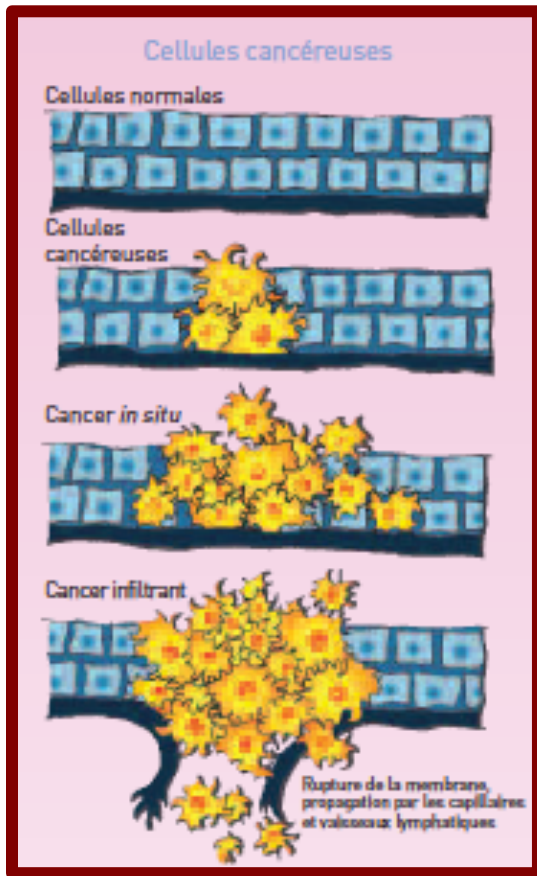
- Lésions non infiltrantes:
 - Peuvent être des carcinomes canauxaires in situ ou intracanauxaires.
 - Carcinomes lobulaires in situ.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Cancers infiltrants peuvent être :
 - Canalaire ++, lobulaire++, mucineux, médullaire, papillaire, tubuleux...
 - Autres :
 - Maladie de Paget du mamelon qui peut être associée à une lésion intra-canalaire ou invasive sous-jacente.
 - Tumeurs non épithéliales rares : les sarcomes.



ANATOMOPATHOLOGIE



Cancer canalaire infiltrant et cancer canalaire *in situ*

ANATOMOPATHOLOGIE

- Grade:
 - SBR (Scarff, Bloom, Richardson)++:
 - 3 grades I, II et III.
 - critères histologiques :
 - la différenciation architecturale.
 - le nombre de mitoses par champs.
 - le degré d'anomalie nucléaire.
 - Grade d'Elston – Ellis:
 - comporte 3 groupes pronostiques: grade I, II et III.

Grading SBR (Scarff-Bloom-Richardson) modifié par Elston et Ellis

1. Différenciation tubulo-glandulaire : proportion de tubes ou glandes dans la tumeur (en % de surface tumorale)	Score
>75 % : Tumeur bien différenciée	1
10-75 % : Tumeur moyennement différenciée	2
<10 % : Tumeur peu différenciée	3
2. Pléomorphisme nucléaire : degré d'atypie apprécié sur la population tumorale prédominante	
Noyaux petits, réguliers, uniformes	1
Pléomorphisme modéré	2
Variations marquées de taille, de forme, avec nucléoles proéminents	3
Nombre de mitoses (à compter sur 10 champs au grossissement x 400 ; valeurs définies pour un champ de 0,48 mm de diamètre ; calibrage du microscope nécessaire pour des champs différents)	
0 à 6 mitoses	1
7 à 12 mitoses	2
>12 mitoses	3
AU TOTAL	
Grade I	3, 4, 5
Grade II	6, 7
Grade III	8, 9

ANATOMOPATHOLOGIE

- Facteurs pronostiques:
 - Récepteurs hormonaux.(RP, RE)
 - Sur-expression HER 2.
 - Ki 67
 - Présence d'embolies tumorales vasculaires...

HISTOIRE DE LA MALADIE

- Sous l'influence des oestrogènes.
- Altération génique.
- Production tumorale de facteurs de croissance.



Multiplication anarchique des cellules galactophoriques ou lobulaires:



Le cancer du sein naît des cellules de l'appareil sécrétoire du sein constitué des lobules et des canaux galactophores

l'évolution est intra-épithéliale, sans franchissement de la membrane basale (cancers in situ)

effraction mb basale → diffusion possible par voie vasculaire et/ou lymphatique à l'ensemble de l'organisme

HISTOIRE DE LA MALADIE

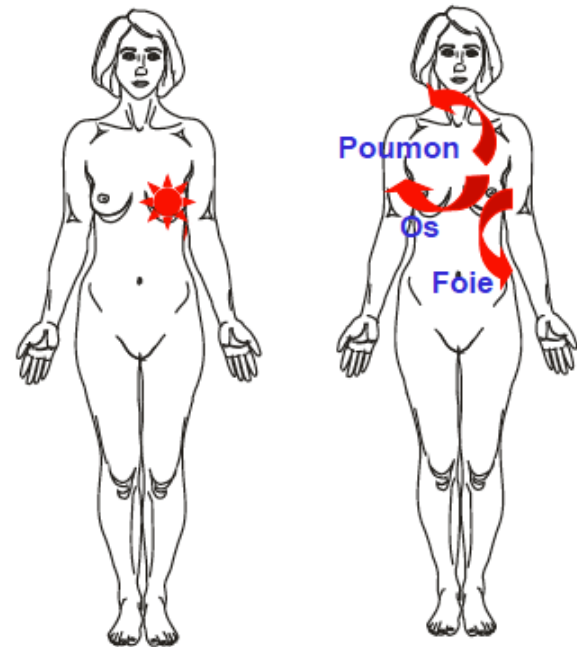
- Temps de doublement / 3 mois.
- En 10 ans ➔ Taille 1 cm (avec des variantes).
- Evolution en plusieurs années vers une forme de cancer invasif ➔ diffusion des cellules néoplasiques par voie vasculaire et/ou lymphatique à l'ensemble de l'organisme.

HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN

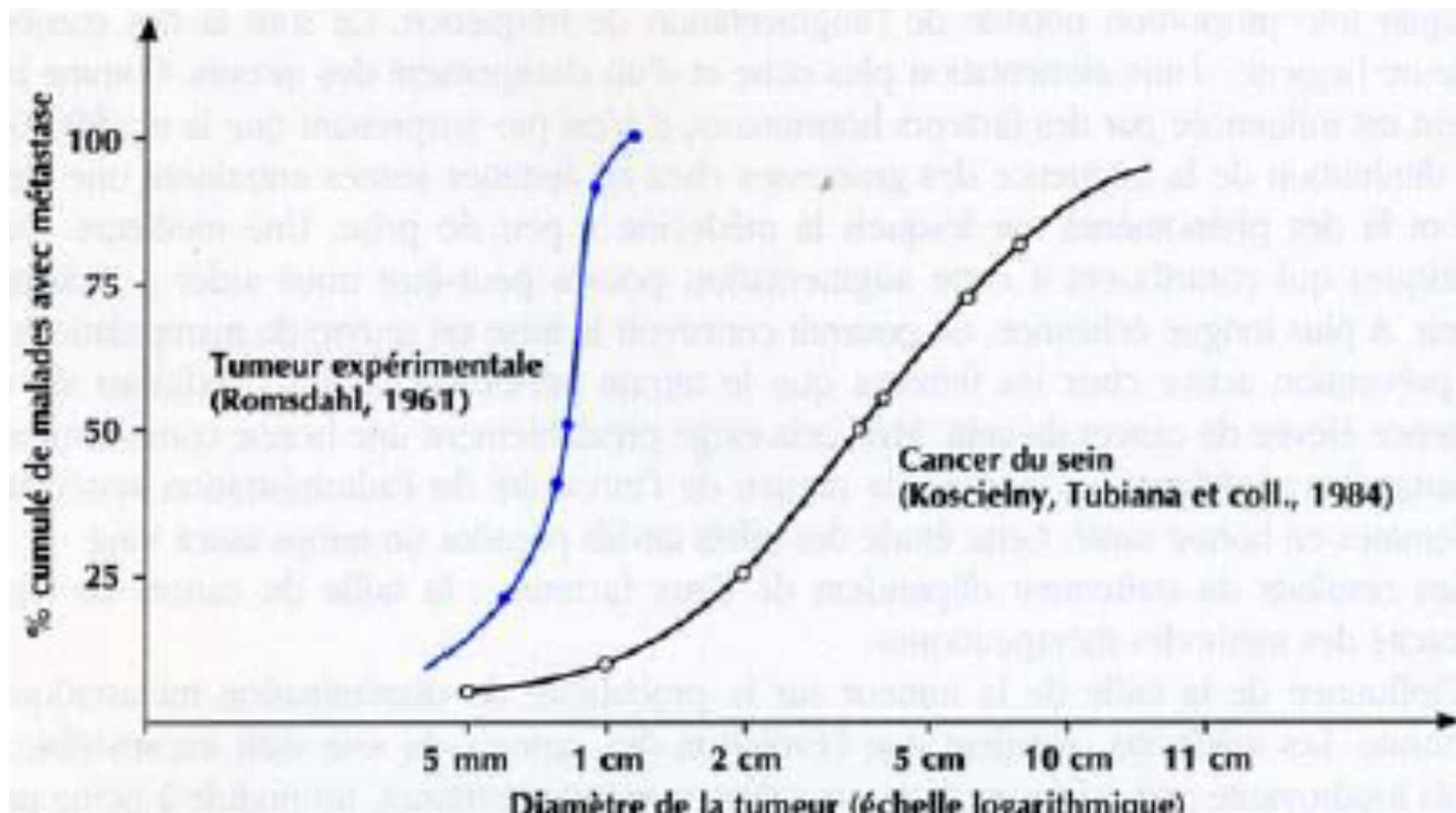
- Extension locale :
 - En Surface : le long du galactophore.
 - Dans plusieurs galactophores : multicentrique.
 - Envahissement de la graisse et du tissu conjonctif.
- Extension lymphatique :
 - Axillaire.
 - Mammaire interne : quadrants internes.
 - Sus claviculaire.

HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN

- Extension Métastatique:
 - Proportionnelle à la taille tumorale.
 - Voie veineuse et lymphatique:
 - OS.
 - Poumon, plèvre.
 - Foie.
 - Cerveau.
 - Métastases multiples.



HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN



PLAN

- I. Introduction
- II. Epidémiologie
- III. Anatomopathologie
- IV. Histoire de la maladie
- V. Diagnostic**
- VI. Classification**
- VII. Formes cliniques**
- VIII. Stratégie thérapeutique**
- IX. Surveillance**
- X. Pronostic**
- XI. Dépistage**
- XII. Conclusion**

DIAGNOSTIC

- **Clinique:**

- CDD:

- **Tuméfaction mammaire** découverte à l'examen clinique ou par l'autopalpation .
 - **Signes inflammatoire** au niveau du sein (douleur, chaleur, rougeur).
 - **Anomalie cutanée.**
 - **Anomalie du mamelon:**
 - Rétraction.
 - Écoulement sérosanglant.
 - Lésion eczématiforme : la maladie de paget.
 - **Adénopathie ou métastase** faisant rechercher le cancer primitif.
 - **Mammographie de dépistage.**

DIAGNOSTIC

- Interrogatoire:
 - Âge.
 - Signes fonctionnels et leurs évolutions.
 - Antécédents:
 - Médicaux: Prise médicamenteuse (pilule, hormones ou autres), Traumatisme mammaire...
 - Chirurgicaux: chirurgie mammaire (type et histologie).
 - Gynéco-obstétricaux:
 - Âge de la ménarche (premières règles).
 - Caractère du cycle menstruel, Date des dernières règles.
 - Contraception : type et durée.
 - Si ménopausée: âge de la ménopause.
 - Gésité, parité, âge de la 1^{ère} grossesse menée à terme.
 - Allaitement .
 - Familiaux:
 - tumeurs du sein surtout maligne.
 - tumeur de l'ovaire, endomètre et colon.

DIAGNOSTIC

- **Inspection:**

- Se fait sur une **femme couchée, debout** les bras le long du corps, **assise** puis penchée en avant :
 - Volume des seins.
 - Forme des seins.
 - Aspect du mamelon, sa situation, sa symétrie et son relief.
 - On recherche:
 - Une rétraction cutanée, dépression, simple ride.
 - Une voussure.
 - Une rougeur.
 - Une ulcération.
 - Une peau d'orange.
 - Des lésions eczématiformes du mamelon.
 - Modification du mamelon: Mamelon ombiliqué.

DIAGNOSTIC

- **Palpation :**

- Position assise puis couchée bras levés puis bras pendants.
- Mains réchauffées.
- Refouler la glande mammaire contre le grill costal.
- Explorer les deux glandes mammaires et les aires ganglionnaires.
- Palper le sein quadrant par quadrant, le sillon sous mammaire et le prolongement axillaire de la glande.

DIAGNOSTIC

- Description de la tumeur + schéma:
 - Taille.
 - Mobilité.
 - Topographie (rayon horaire, distance / mamelon).
 - Revêtement cutané.
 - Anomalie du mamelon (Paget, déviation, rétraction, écoulement mamelonnaire).

DIAGNOSTIC

- On détermine les caractéristiques du nodule:
 - Siège, consistance, nombre, taille, régularité, caractère douloureux ou non, mobilité par rapport aux plans profonds et cutanés.

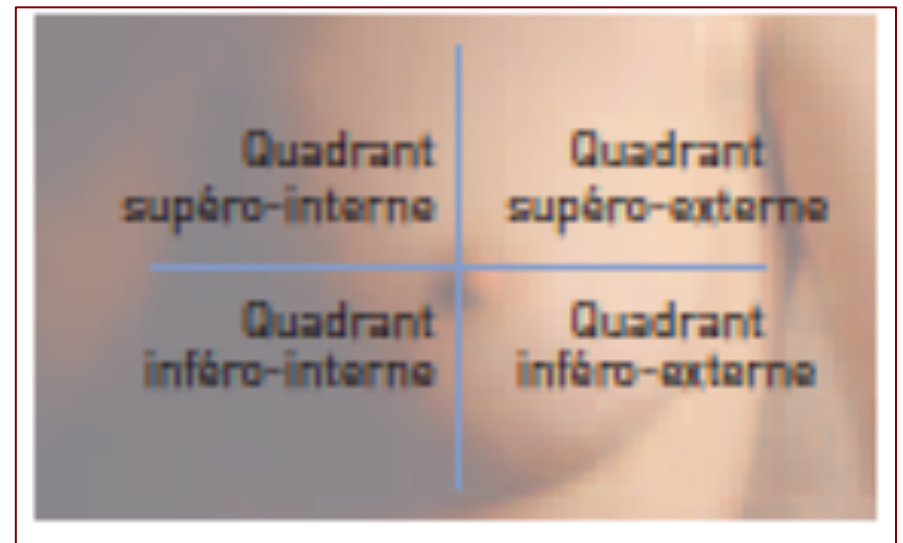
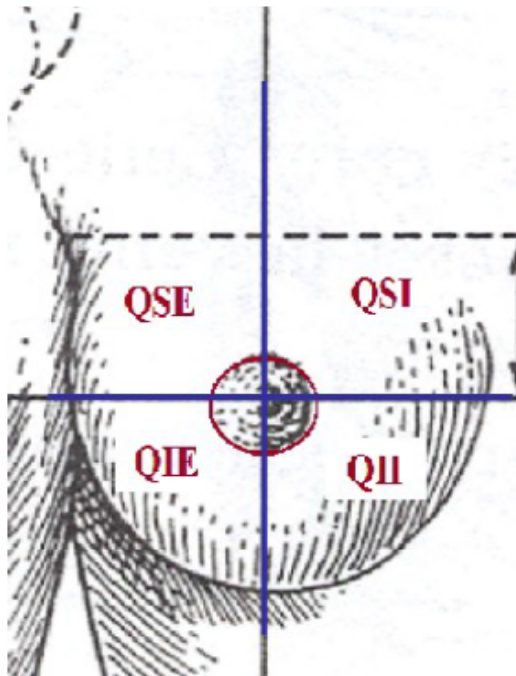
DIAGNOSTIC

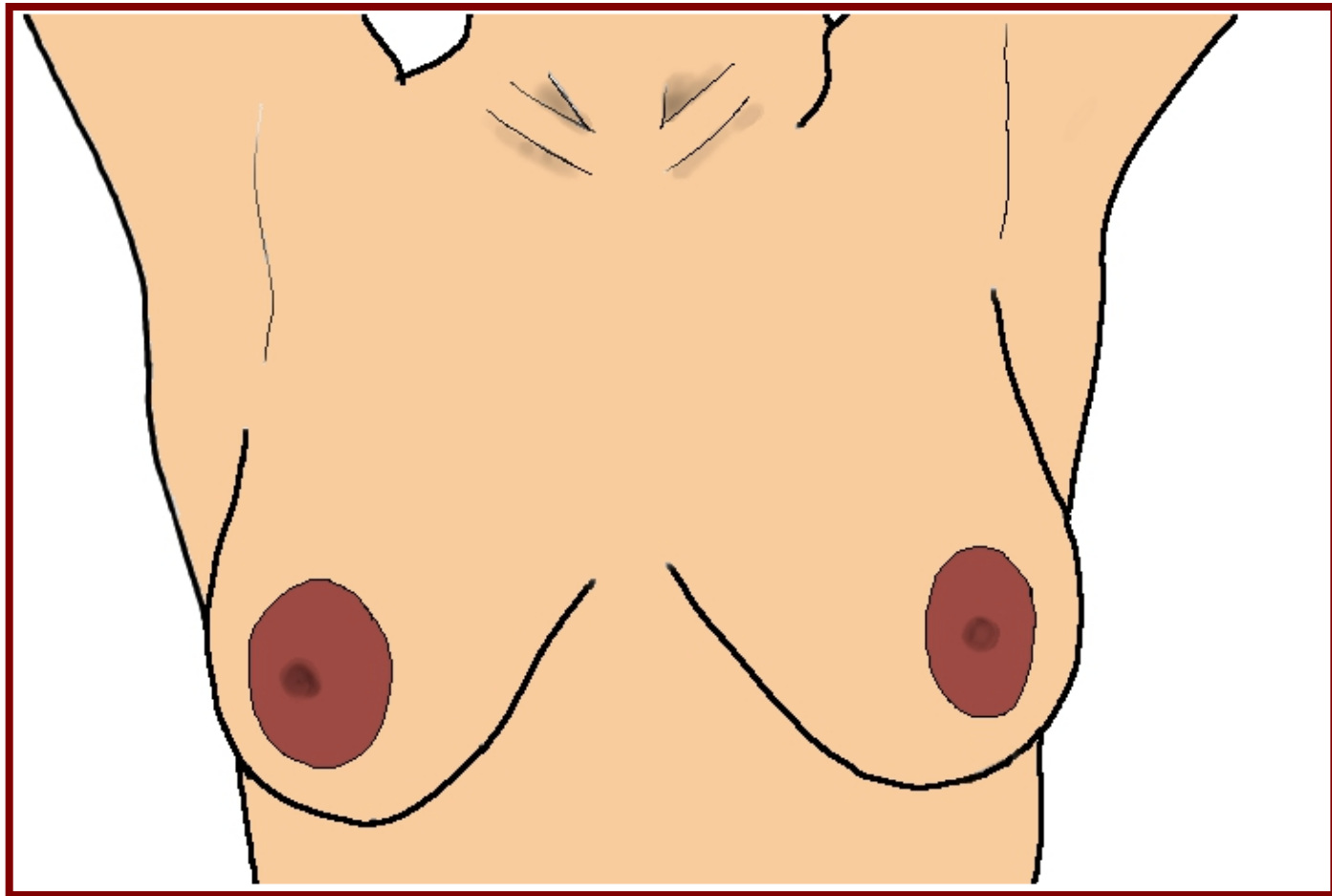
- Les signes en faveur de la malignité :
 - **Caractère mal limité.**
 - **Dureté.**
 - **Adhérence à la peau** : signe du capiton, peau d'orange.
 - **Adhérence au plan profond.**
 - **Présence d'adénopathies dures voire fixées.**
 - **Recherche d'un écoulement mammaire (sang).**

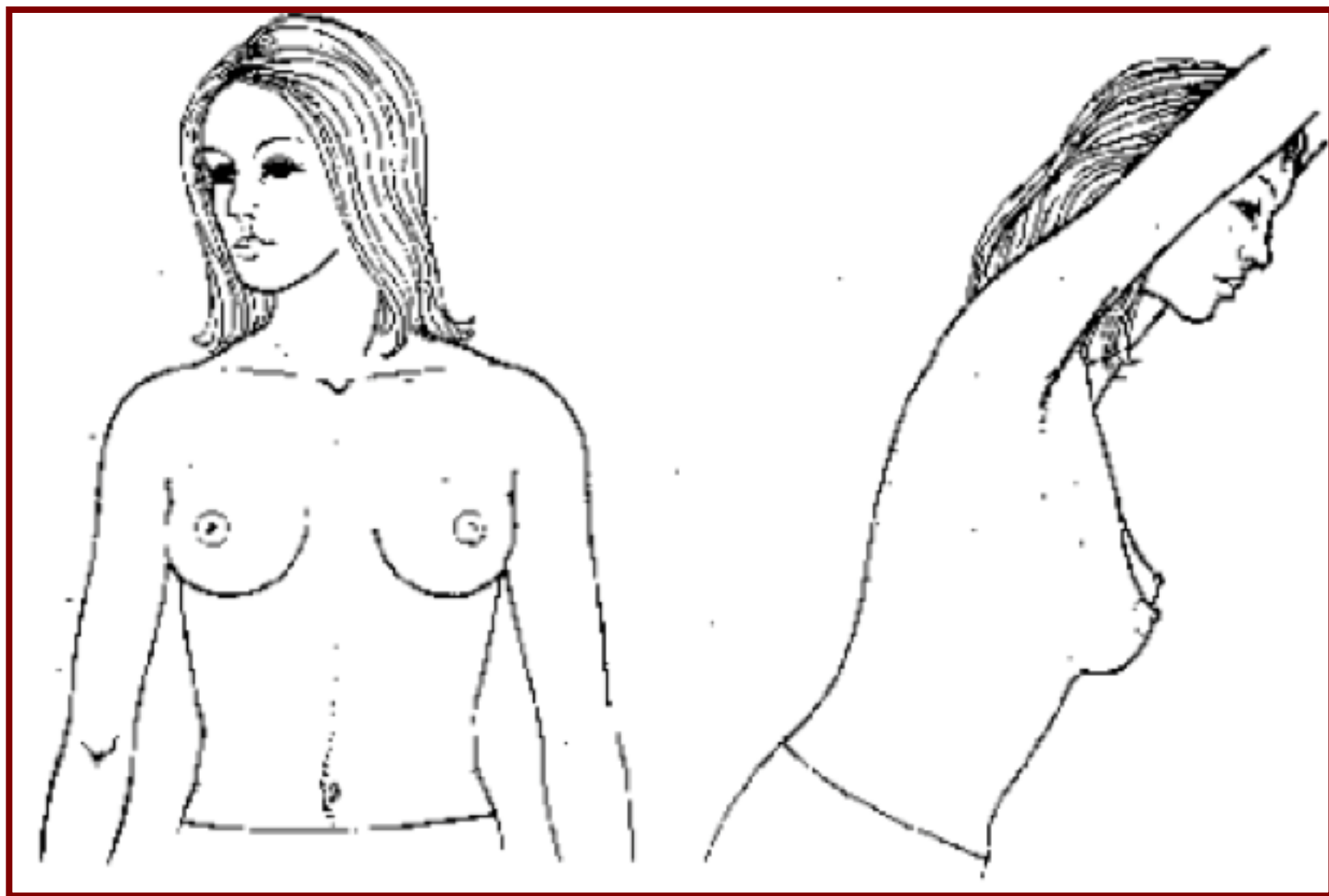
DIAGNOSTIC

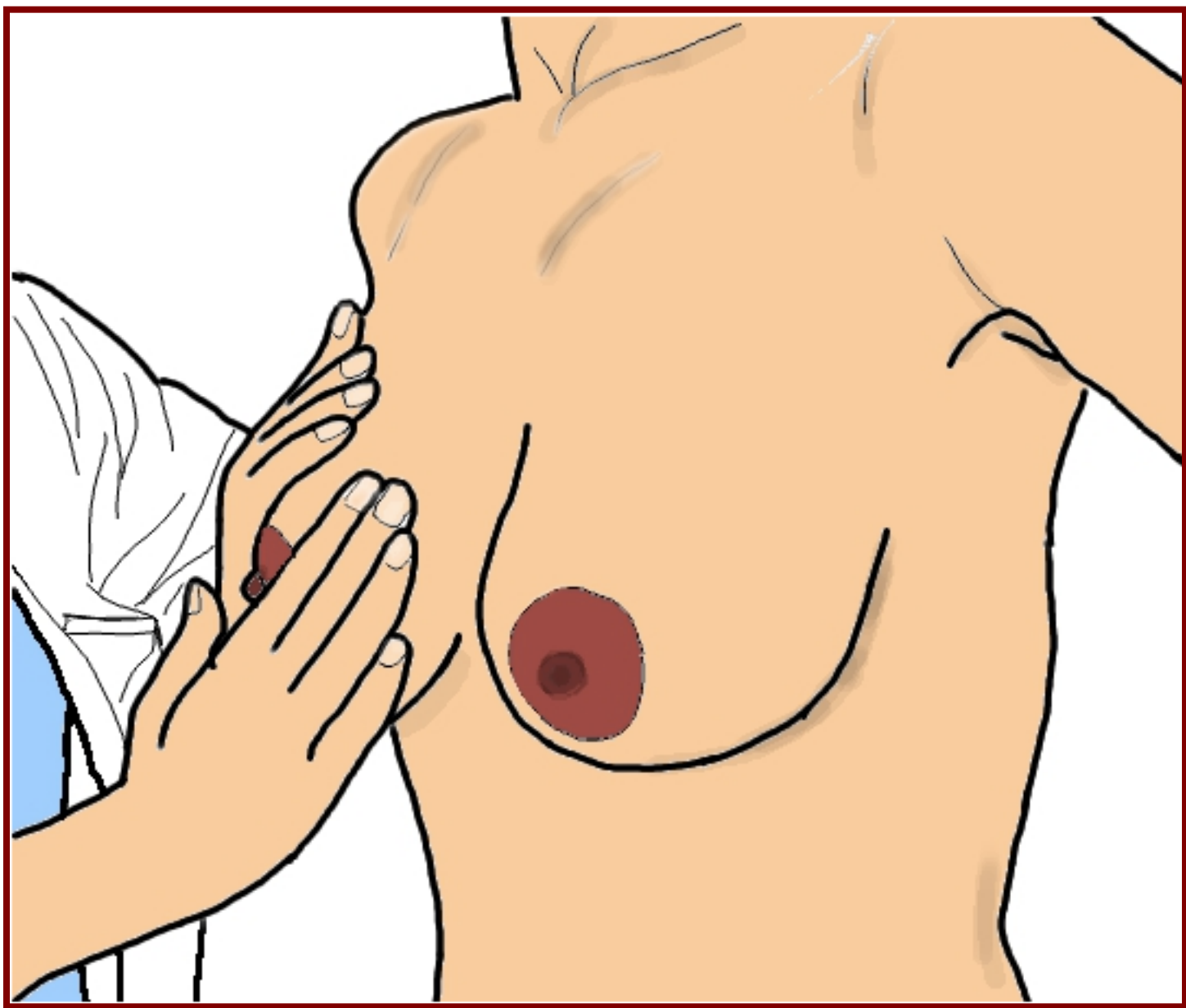
- Le siège de la tumeur, sa taille sont notés sur un schéma.
- Examen des aires ganglionnaires.
- Un examen gynécologique et général est pratiqué.

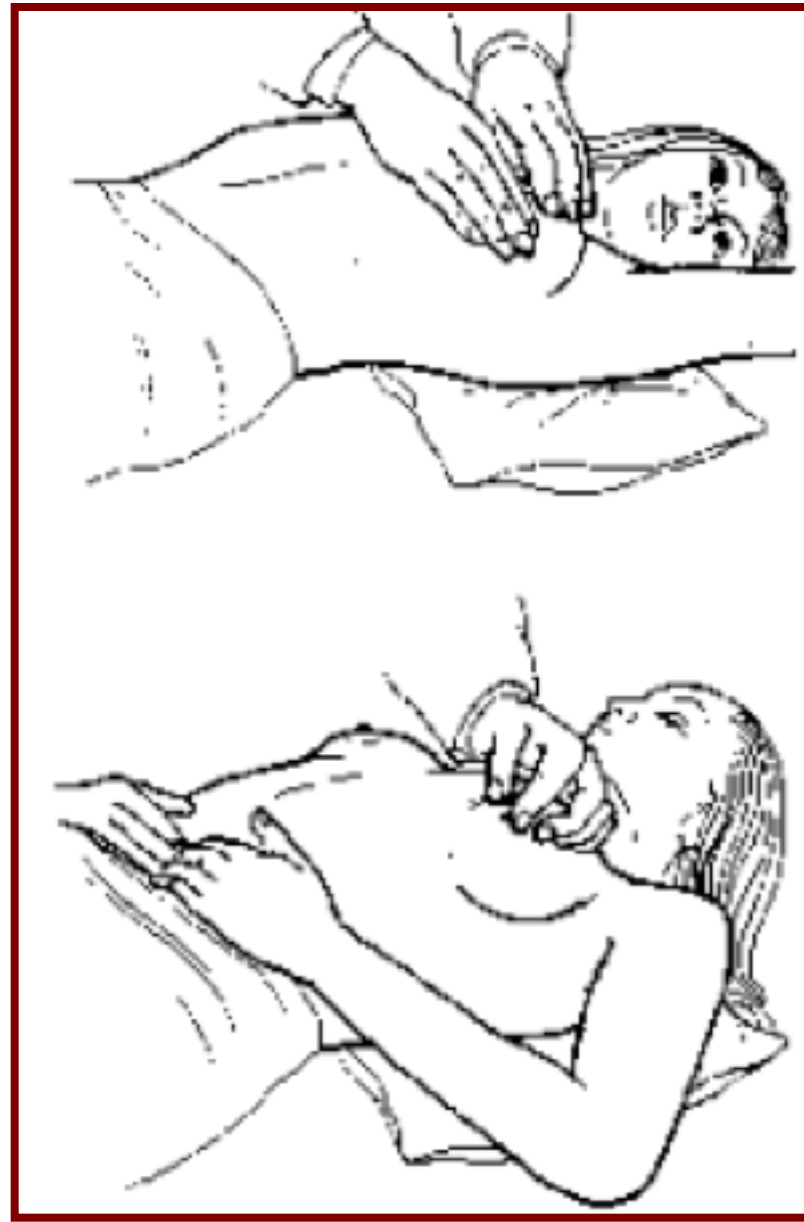
DIAGNOSTIC





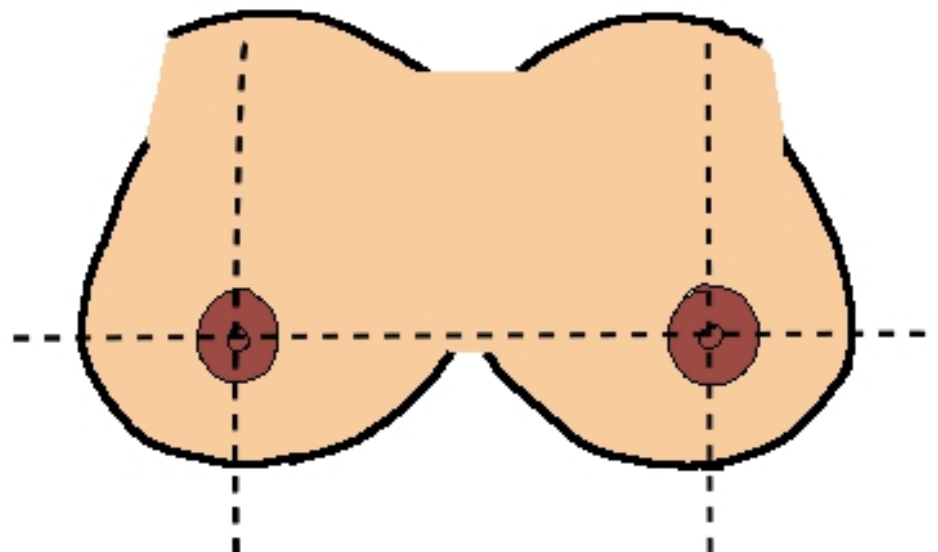






-  Nodules mobiles
-  Mamelon ombiliqué
-  Rétraction cutanée Mamelonnaire
-  Verrue

-  Nodules fixés
-  Epaississement
-  Cicatrice



Taille approximative

Nombre

Date de découverte

Modification taille

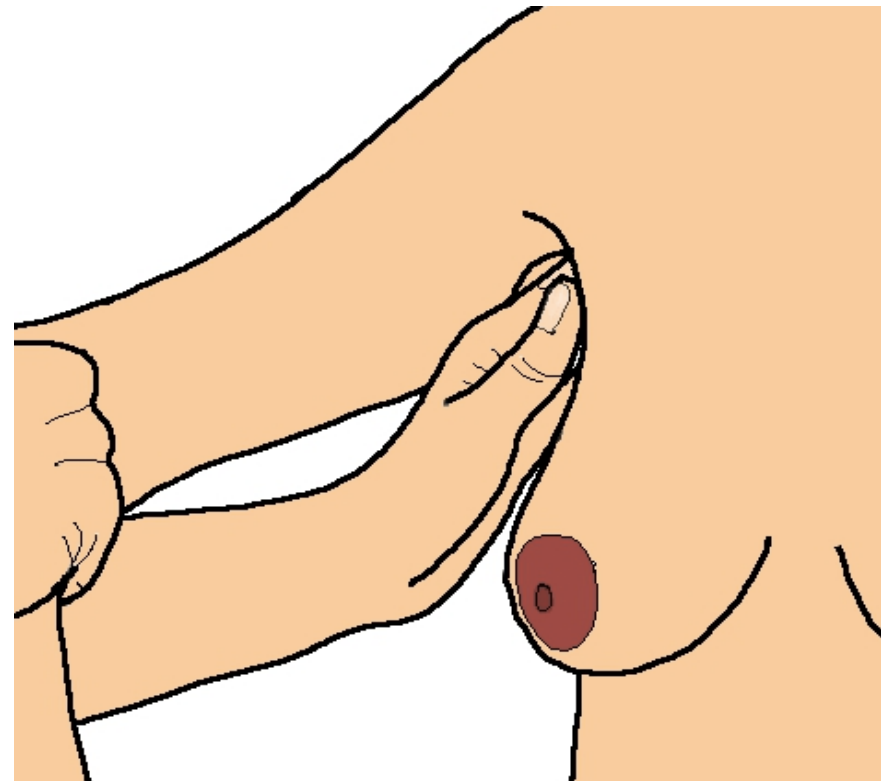
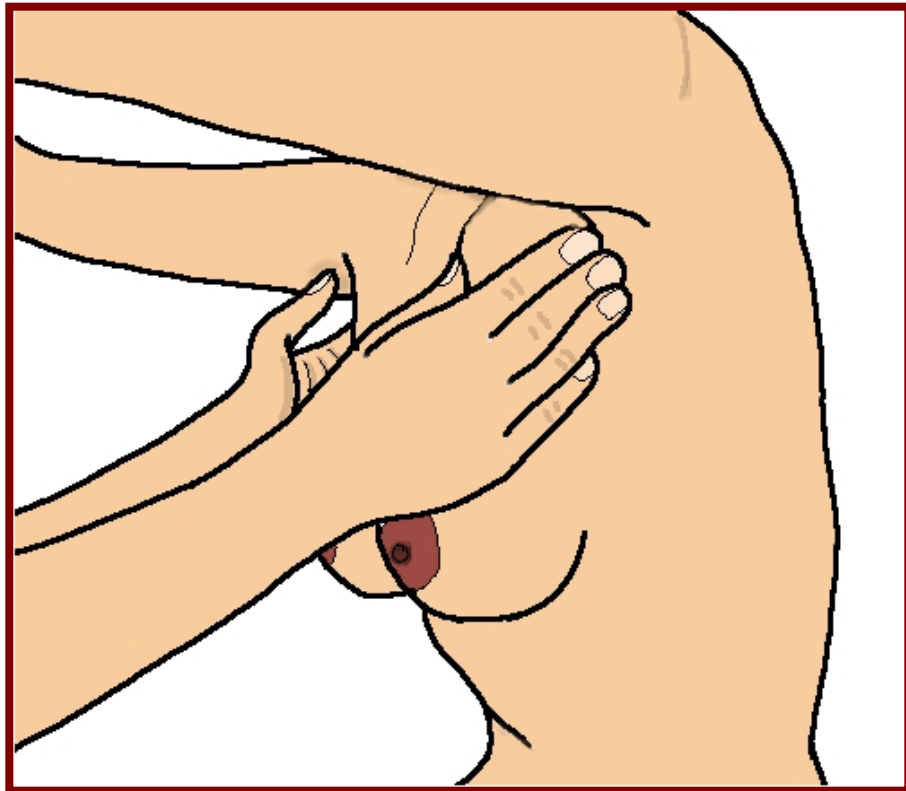
.....

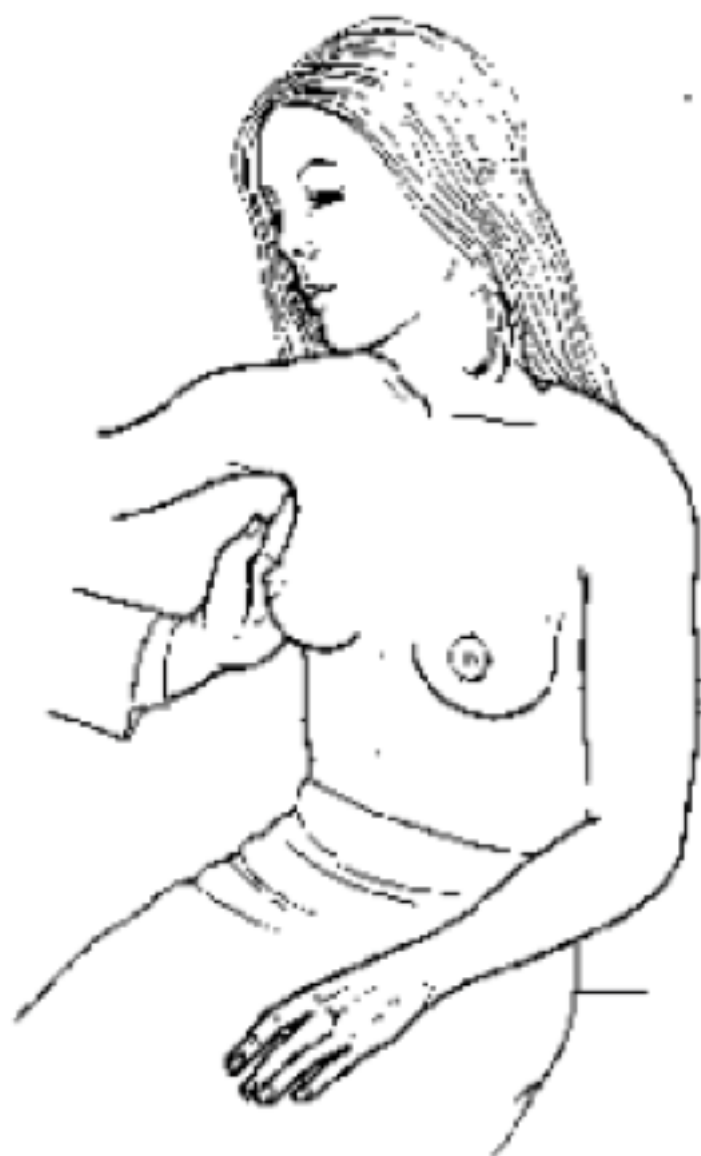
.....

.....

.....

- Palpation des aires ganglionnaires

































DIAGNOSTIC

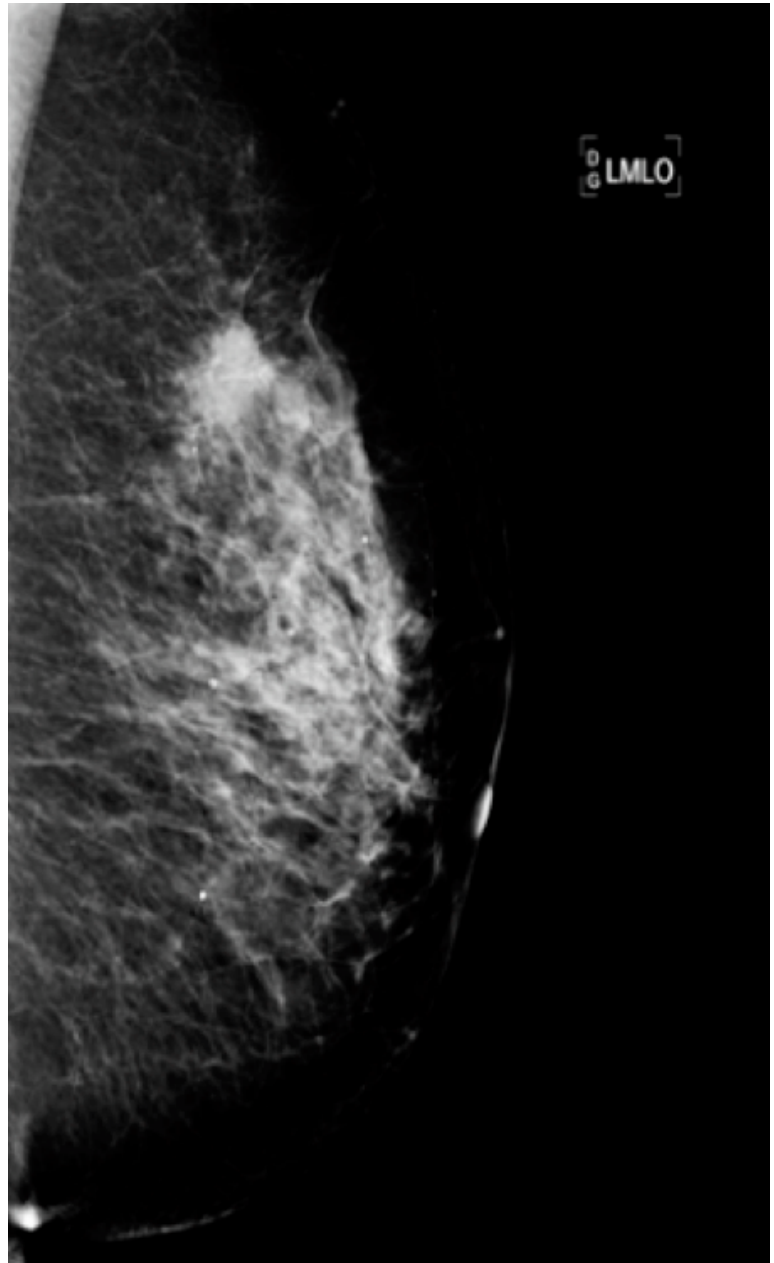
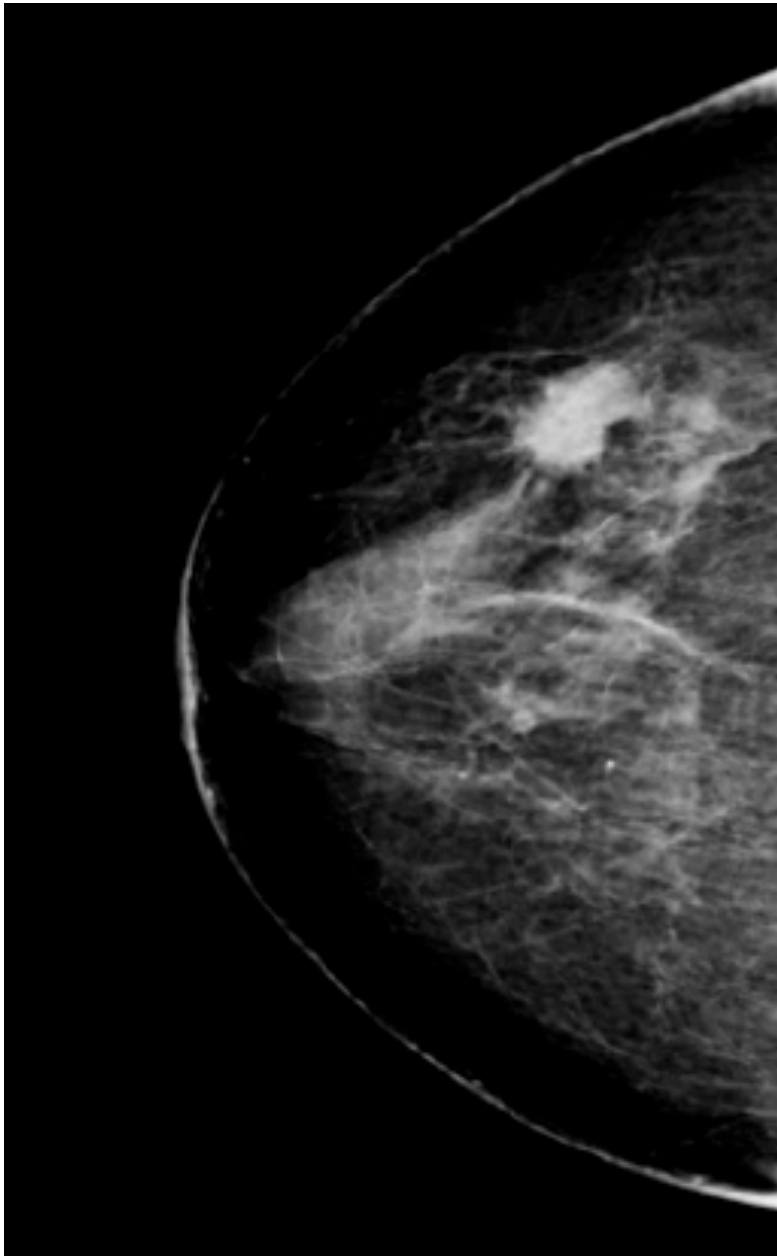
- **Para clinique:**

- Mammographie:

- Indispensable.
 - Aspect en faveur de la malignité:
 - **Opacité spiculée** avec prolongements rameux.
 - **Micro calcifications suspectes.**
 - **Rupture architecturale.**
 - Signes indirects :
 - **Rétraction cutanée** ou mamelon,
 - **Peau épaissie.**
 - 10 % des cas : opacité arrondie « bénigne ».







DIAGNOSTIC

- ACR 0 - L'évaluation mammographique est incomplète ; nécessite une évaluation additionnelle (ou complémentaire) en imagerie et/ou les mammographies antérieures pour comparaison.
- ACR 1 - Négatif.
- ACR 2 - Constatations bénignes.
- ACR 3 - Anomalie probablement bénigne (- de 2 % de risque de malignité) : proposition d'une surveillance initiale à court terme.
- ACR 4 - Anomalie suspecte - une biopsie doit être envisagée.
- ACR 5 - Haute probabilité de malignité (≥ 95 %) - une action appropriée doit être entreprise (presque certainement malin).
- ACR 6 - Résultat de biopsie connu - Malignité prouvée - Une action appropriée doit être entreprise.

CLASSIFICATION DES ANOMALIES MAMMOGRAPHIQUES

Classification des anomalies mammographiques de l' ACR (Americal College of Radiology)

ACR	Anomalies mammographiques	Interprétation et attitude
ACR 0	Non classée car manquent les documents antérieurs	
ACR 1	Aucune anomalie	
ACR 2	-Opacités rondes avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste) -Opacités ovales à centre clair (ganglion intramammaire) -Opacités rondes correspondant à un kyste typique en échographie -Image de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome)	Anomalie bénigne identifiable ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
ACR 3	-Microcalcifications de type 2 après Le Gal en foyer unique ou multiple ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard -Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites, non typiquement liquidiennes en échographie	Forte probabilité de bénignité mais une surveillance à court terme est conseillée
ACR 4	- Microcalcifications de type 3 d'après Le Gal groupée en amas, ou de type 4 peu nombreuses -Images spiculées sans centre dense -Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué - Distorsion architecturale	Anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification
ACR 5	- Microcalcifications de type 5 d'après Le Gal nombreuses et groupées - Amas de microcalcifications de topographie galactophorique - Microcalcifications évolutives ou associées à une anomalie architecturale ou à une opacité	Forte probabilité de malignité
ACR 6	Lésion maligne « prouvée » par histologie	

DIAGNOSTIC

- **Échographie complémentaire:**
 - Intérêt :
 - Complément de mammographie.
 - Différencie tumeur pleine et liquidienne.
 - Signes de malignité:
 - Nodule hypoéchogène irrégulier.
 - Grand axe perpendiculaire à la peau.
 - Étude du cône d'ombre postérieur.
 - Hypervascularisation doppler.

DIAGNOSTIC



→ Bénignité

→ Malignité:

Contours

réguliers

irréguliers

Limites

nettes

floues

Contenu

homogène

hétérogène

Atténuation post

modérée/faible

marquée (cône
d'ombre post)

Dissociation
volumétrique

non

marquée

DIAGNOSTIC

- **IRM:**

- Couplé aux autres moyens diagnostiques.
- Cout et disponibilité +++.
- Indications:
 - Exploration des cicatrices après radiothérapie et/ou chirurgie pour cancer du sein.
 - Recherche de complications après implantation de prothèse mammaire.
 - Surveillance des patientes traitées par chimiothérapie première.
 - Détection d'une multi-focalité ou d'une atteinte controlatérale chez les patientes porteuses d'un cancer.

- **Galactographie.**

- Si écoulement : sérosanglant++.

DIAGNOSTIC



DIAGNOSTIC

- **La microbiopsie ++:**
 - Aiguille de +/- 14 gauges.
 - Examen histologique (micro-histologique).
 - Lésion palpable ou sous contrôle échographique, mammographique.
- **Biopsie chirurgicale conventionnelle.**
- **Cytologie - : +/-**
 - La cytoponction (Aiguille 22 gauges):
 - simplicité et son faible coût.
 - bonne VPP mais une moins bonne VPN.

DIAGNOSTIC



DIAGNOSTIC

- Une fois le diagnostic retenu:
 - Bilan pré thérapeutique:
 - Bilan radiologique classique:
 - TDM thoraco-abdominale
 - Bilan biologique :
 - bilan pré opératoire.
 - marqueurs tumoraux CA 15-3.
 - Suivant la clinique :
 - scintigraphie osseuse (si signes d' appel ou haut risque métastatique).
 - TDM cérébrale.
 - PET-scan.

Classification

Classification T N M

N

N0: ∅
N1 mobile
N2 fixé

T

T0: pas de T
Tis: insitu
T1: <2cms
T2: 2-5 cms
T3 > 5 cms
T4 →

T4 b
peau

T4 d
Inflammatoire
(Pev)

Paroi
T4a

M

Métastases
M0: ∅
M1: Méta adénop sus clav

Classification clinique

Tumeur primitive



Tx : aucune information sur la tumeur
T0 : pas de tumeur primitive

Tis : carcinome in situ



T1 : tumeur de moins de 2 cm

T1a : < 0,5 cm
T1b : 0,5 à 1 cm
T1c : 1 à 2 cm



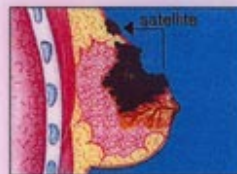
T2 : tumeur de 2 à 5 cm

T3 : tumeur de plus de 5 cm



T4a : tumeur étendue à la paroi thoracique, quelle que soit sa taille

Tumeur évoluée



T4b : tumeur étendue à la peau, quelle que soit sa taille : œdème, peau d'orange, ulcération, nodules internes sur le sein



T4c : T4a + T4b



T4d : cancer inflammatoire

Adénopathies régionales



Nx : aucune information sur les adénopathies
N0 : pas d'adénopathie régionale

N1 : adénopathie homolatérale mobile



N2 : adénopathie homolatérale fixée



N3 : adénopathie mammaire interne homolatérale

Métastases à distance

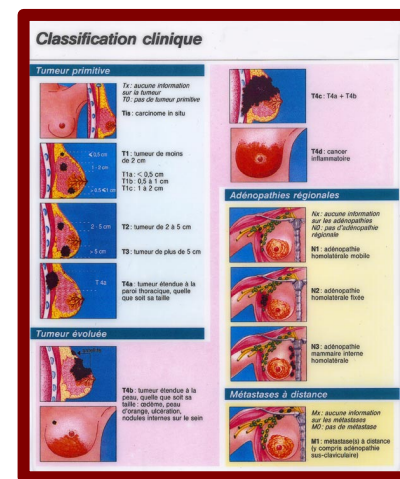


Mx : aucune information sur les métastases
M0 : pas de métastase

M1 : métastase(s) à distance (y compris adénopathie sus-claviculaire)

Classification

- Tumeur primitive (T):
 - Tx Détermination de la tumeur primitive impossible.
 - T0 Pas de signe de tumeur primitive (non palpable).
 - Tis Carcinome in situ.
 - T1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension.
 - T2 Tumeur > 2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension.
 - T3 Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension.
 - T4 Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique (a) ou à la peau (b):
 - T4a Extension à la paroi thoracique.
 - T4b Oedème y compris la « peau d'orange », ou ulcération cutanée du sein, ou nodules de perméation cutanés limités au même sein.
 - T4c A la fois 4a et 4b.
 - T4d Carcinome inflammatoire.



Classification

- Ganglion N :
 - Nx Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure).
 - N0 Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional.
 - N1 Ganglions axillaires homolatéraux suspects mobiles.
 - N2 Ganglions axillaires homolatéraux suspects fixés entre eux ou à d'autres structures, ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires.
 - N3 Ganglions sous-claviculaires homolatéraux (niveau III axillaire) ou mammaires internes avec présence d'adénopathies axillaires ou ganglions sus-claviculaires présents (avec ou sans la présence de ganglions axillaires ou mammaires internes).

Classification

- Métastase M:
 - Mx Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance.
 - M0 Absence de métastases à distance.
 - M1 Présence de métastase(s) à distance.

Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome <i>in situ</i>
Tis (DCIS)	Carcinome intracanalalaire <i>in situ</i>
Tis (LCIS)	Carcinome lobulaire <i>in situ</i>
Tis (Paget)	Maladie de Paget du mamelon sans carcinome invasif associé et/ou carcinome <i>in situ</i> (DCIS et/ou LCIS dans le parenchyme mammaire sous-jacent. Les carcinomes du parenchyme mammaire associés à une maladie de Paget sont classés selon la taille et les caractéristiques de la tumeur mammaire parenchymateuse, bien que la notion de maladie de Paget associée doit être enregistrée.
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T1mi	Micro-invasion ^[1] $\leq 0,1$ cm dans sa plus grande dimension
T1a	Tumeur $>0,1$ cm et $\leq 0,5$ cm dans sa plus grande dimension
T1b	Tumeur $>0,5$ cm et ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
T1c	Tumeur >1 cm et ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur >2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur >5 cm dans sa plus grande dimension
T4	Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique (a) et/ou à la peau (b) (ulcération ou nodules cutanés) ^[2]
T4a	Extension à la paroi thoracique (invasion du muscle pectoral exclue)
T4b	Œdème cutané y compris la « peau d'orange », ou ulcération cutanée du sein, ou nodules de perméation cutanés limités au même sein
T4c	A la fois 4a et 4b
T4d	Carcinome inflammatoire ^[3]

Nx	Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure)
N0	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional
N1	Ganglions axillaires de niveau I et II homolatéraux mobiles
N2	Métastases dans un ou plusieurs ganglions axillaires de niveau I et II homolatéraux fixé(s) ou confluents ou dans un ou plusieurs ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement détectables ^[1] en l'absence de métastase ganglionnaire axillaire cliniquement évidente
N2a	Métastases dans un ou plusieurs ganglion(s) axillaire(s) fixé(s) entre eux (confluents) ou à d'autres structures
N2b	Métastases cliniquement détectables ^[1] uniquement dans les ganglions mammaires internes, et en l'absence de métastase ganglionnaire axillaire cliniquement décelable
N3	Métastases dans les ganglions sous-claviculaires homolatéraux (niveau III) avec ou sans envahissement ganglionnaire axillaire (niveau I, II) ou métastase ganglionnaire mammaire interne homolatérale cliniquement détectable ^[1] en présence de métastase axillaire (niveau I, II) cliniquement évidente ; ou métastases ganglionnaires sous-claviculaires homolatérales avec ou sans envahissement ganglionnaire axillaire ou mammaire interne
N3a	Métastase(s) ganglionnaire(s) sous-claviculaire(s)
N3b	Métastases ganglionnaires mammaires internes et axillaires
N3c	Métastase(s) ganglionnaire(s) sus-claviculaire(s)

MX	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	Absence de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

Classification

- Notion d'évolutivité (PEV= poussée évolutive).
 - PEV 1 : doublement en moins de six mois.
 - PEV 2 : inflammation limitée à une partie du sein.
 - PEV 3 : inflammation diffuse dans l'ensemble de la glande (mastite).

PLAN

- I. Introduction
- II. Epidémiologie
- III. Anatomopathologie
- IV. Histoire de la maladie
- V. Diagnostic
- VI. Classification
- VII. Formes cliniques
- VIII. Stratégie thérapeutique**
- IX. Surveillance**
- X. Pronostic**
- XI. Dépistage**
- XII. Conclusion**

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- La stratégie thérapeutique doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire (RCP) prenant en compte l'ensemble des possibilités et les séquences optimales d'utilisation.



STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- **Moyens :**
 - Traitement Local, loco régional :
 - chirurgie / radiothérapie.
 - Traitement Général:
 - chimiothérapie / hormonothérapie.

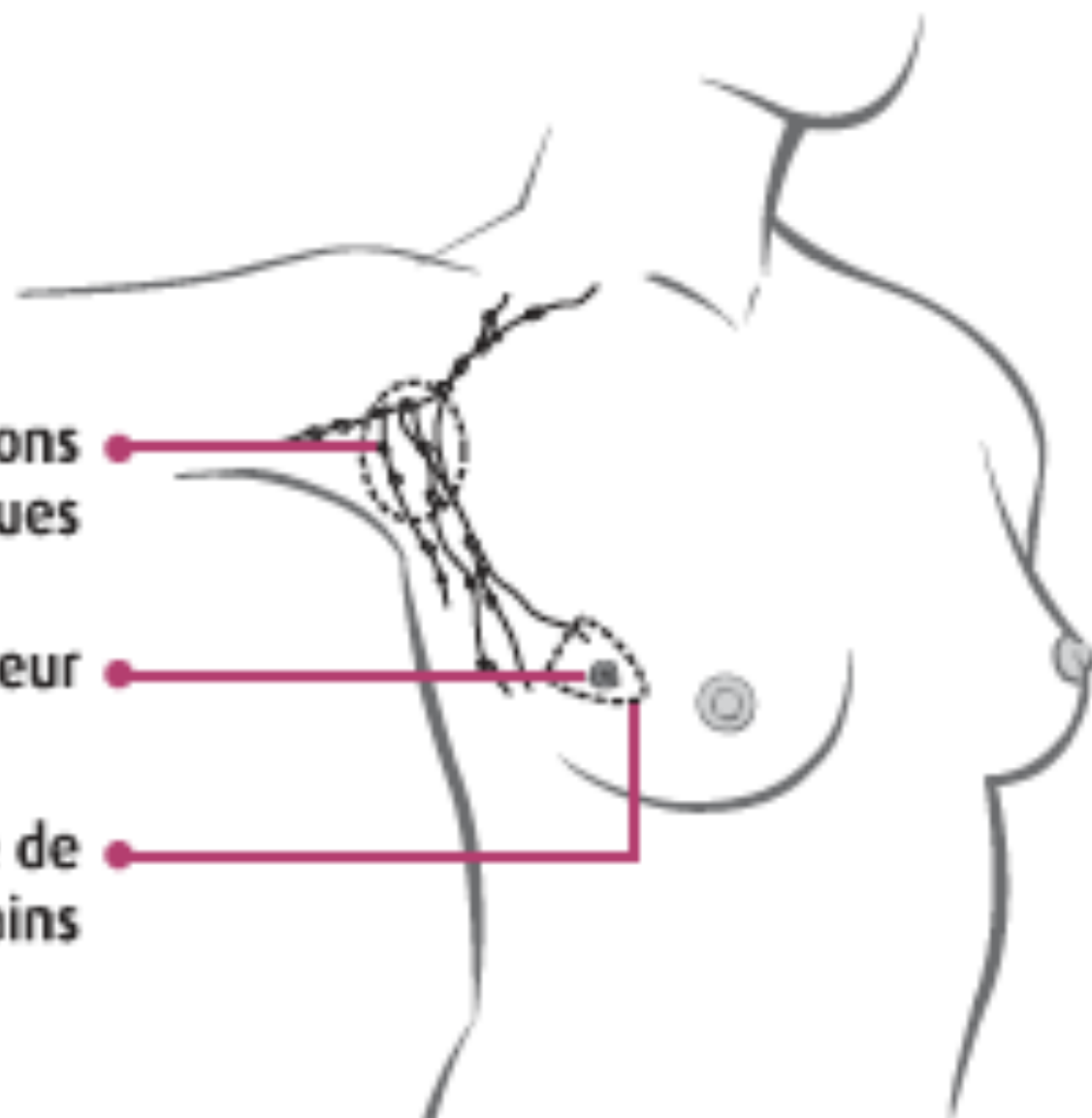
STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- **La chirurgie:**
 - Le principe :
 - Exérèse de « tissus ou ganglions tumoraux » en passant au large pour disposer d'une marge de sécurité suffisante.
 - Traitement radical:
 - Intervention de Patey (mastectomie + curage axillaire).
 - Traitement conservateur:
 - Tumorectomie : mastectomie partielle (tumorectomie, segmentectomie, mastectomie partielle, zonectomie, oncoplastie) + curage axillaire.
 - Curage axillaire :
 - Classique : +/- 10 GG.
 - GG sentinelles.
 - Reconstruction mammaire (RM).

ganglions
lymphatiques

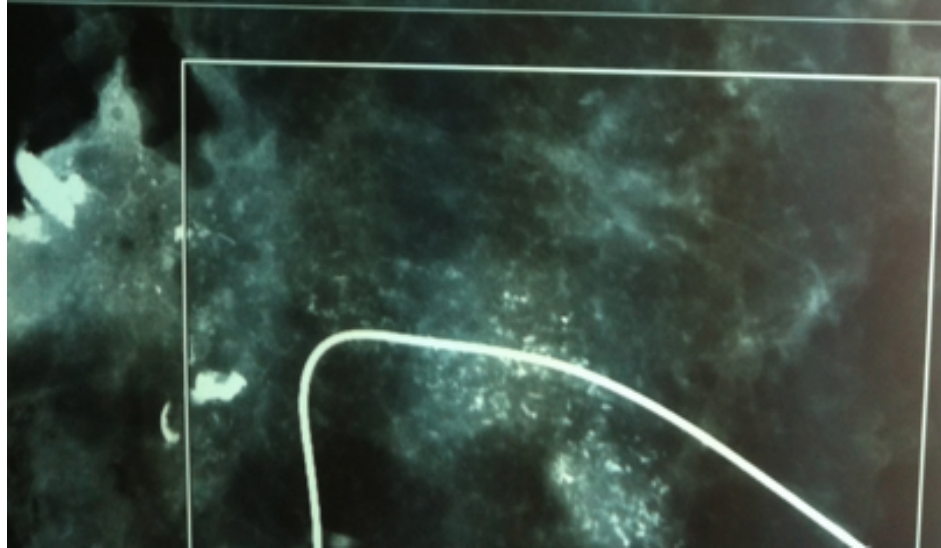
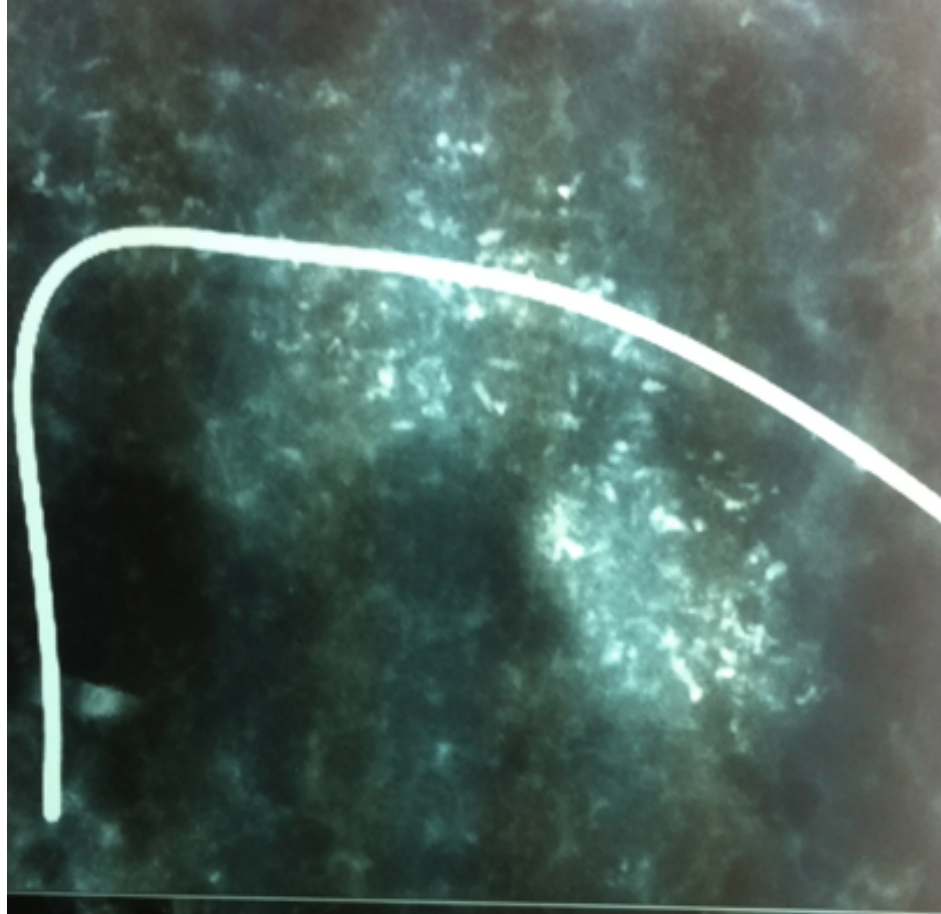
tumeur

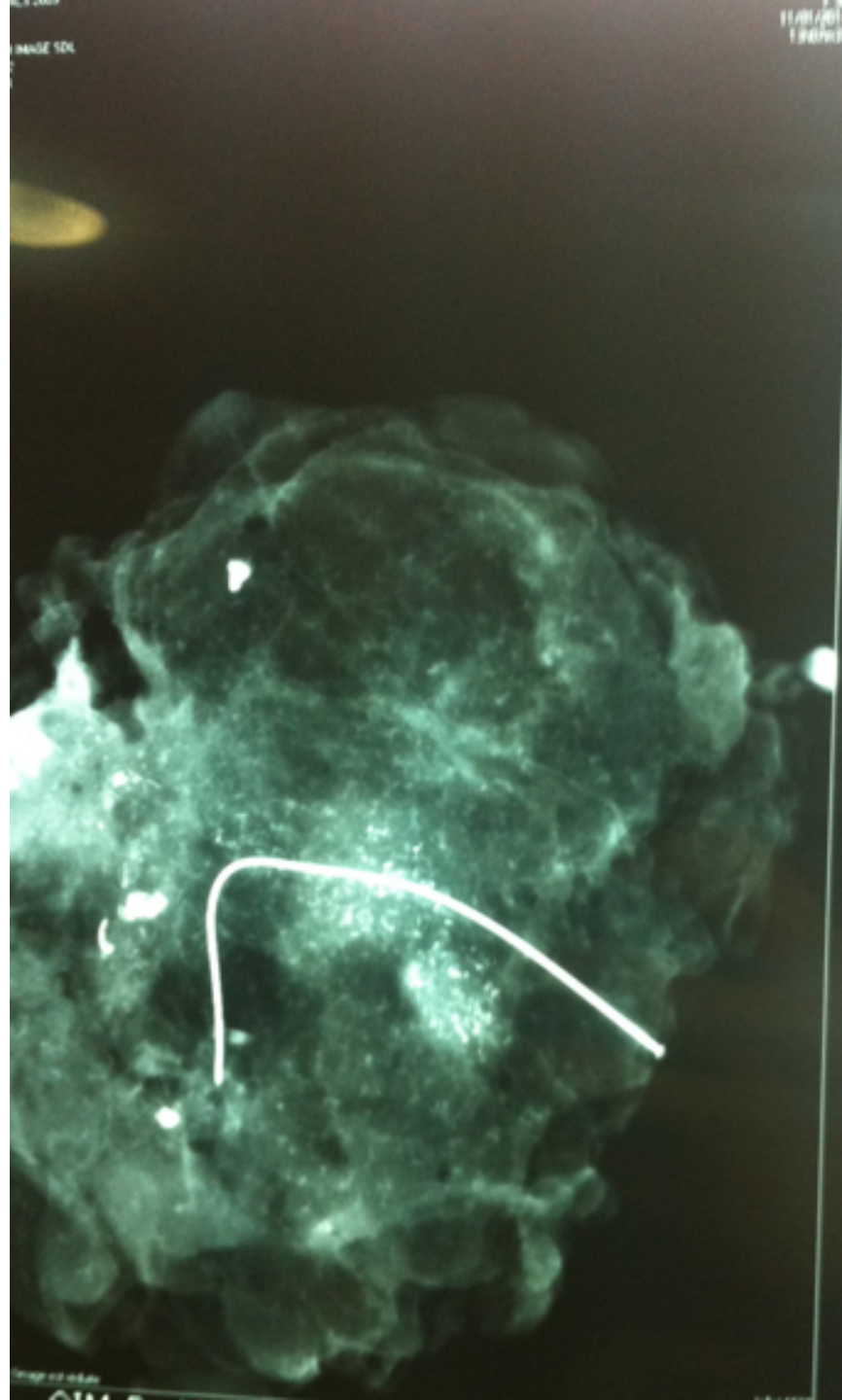
marge de
tissus sains







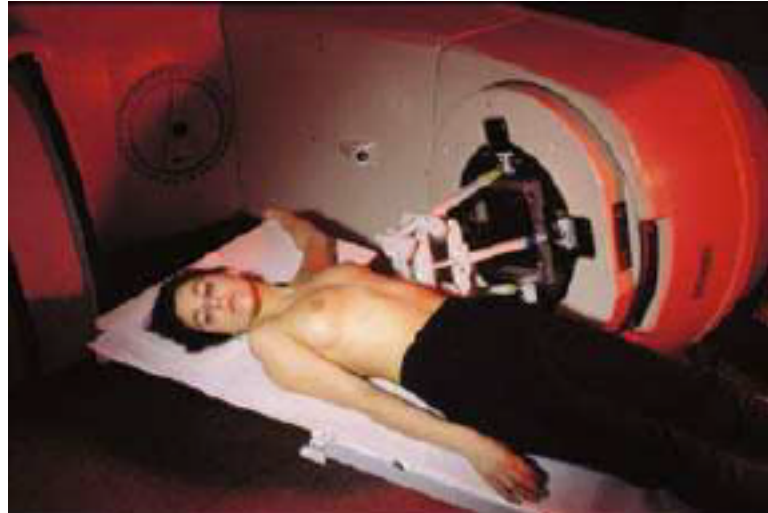




STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- **Radiothérapie :**
 - Objectifs :
 - Contrôler la zone tumorale.
 - Réduire le risque de récurrence au niveau du sein, de la paroi, et des aires ganglionnaires.
 - Peut être utilisée dans certains cas de façon néo-adjuvante pour réduire la taille d'une lésion avant une chirurgie +/-.

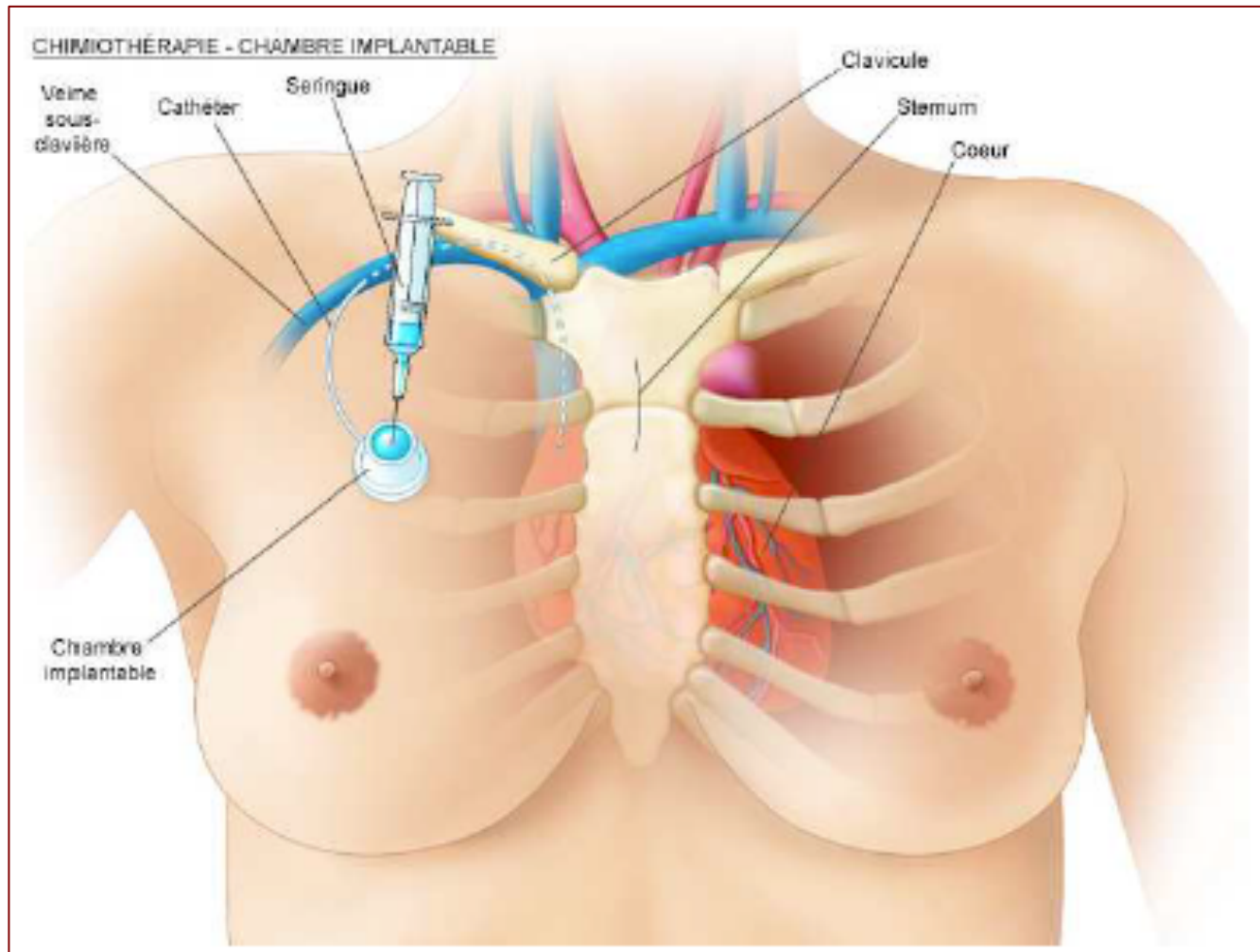
STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE



STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- **Chimiothérapie:**
 - Les objectifs :
 - Traiter les métastases. On en rapprochera le traitement initial des cancers en poussée évolutive.
 - Prévenir la survenue de métastases.
 - Trouver également une place en situation néo-adjuvante.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

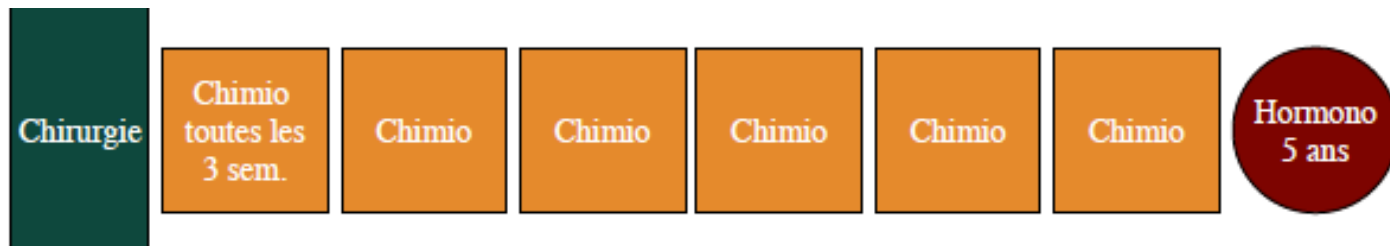
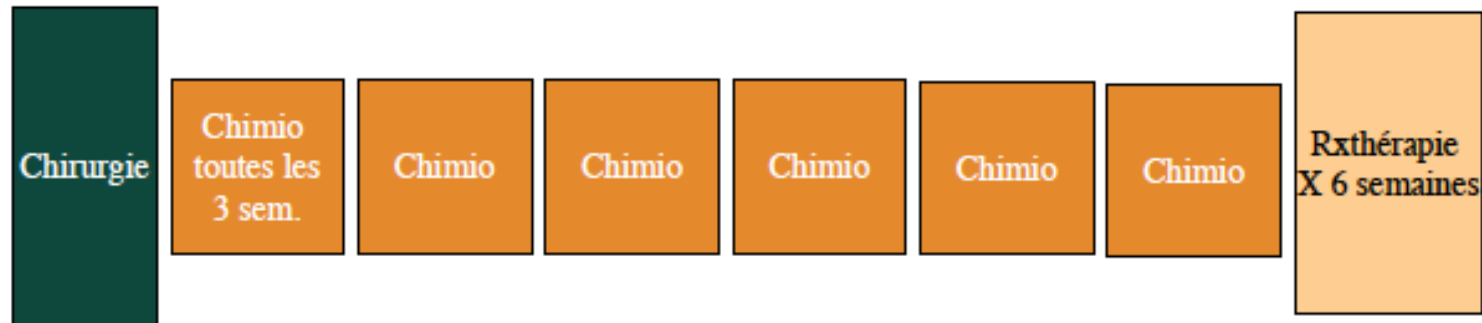


STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- **Hormonothérapie:**
 - Si récepteurs hormonaux positifs.
- **Anticorps monoclonaux (trastuzumab :
Hérceptine):**
 - En cas de surexpression HER2.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- **Traitement personnalisé++ : intérêt de la RCP.**
 - Schématiquement:
 - T1, T2 < 3 cm, N0, N1
 - Tumorectomie et curage axillaire homolatéral.
 - Irradiation externe post-opératoire.
 - chimiothérapie
 - T2 > 3 cm, N0, N1:
 - 3 possibilités:
 - » Si volume mammaire suffisant, possibilité d'un traitement conservateur (tumorectomie-curage) pour des lésions comprises entre 3 et 5 cm.
 - » Dans le cas contraire, chimiothérapie néo-adjuvante puis Patey et irradiation externe post-opératoire.
 - » patey suivie d'une chimiothérapie
 - T3, T4 N0, N1:
 - Chimiothérapie néo-adjuvante.
 - Chirurgie et radiothérapie



Chirurgie

Chimio
toutes les
3 sem.

Chimio

Chimio

Chimio

Chimio

Chimio

Herceptine
6 à 12 mois

Chirurgie

Chimio
toutes les
3 sem.

Chimio

Chimio

Chimio

Chimio

Chimio

Rxthérapie
X 6 semaines

Herceptine
6 à 12 mois

Hormono
5 ans

Chirurgie

Chimio
toutes les
3 sem.

Chimio

Chimio

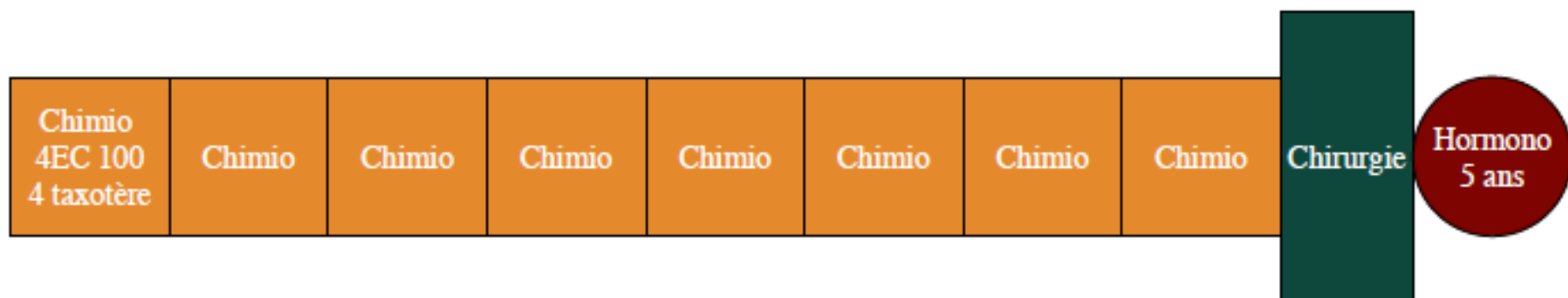
Chimio

Chimio

Chimio

Rxthérapie
X 6 semaines

Herceptine
6 à 12 mois



SURVEILLANCE ET SUIVIE.

- **Objectifs :**

- Détecter les récidives locales et nouveau cancer du sein controlatéral,
- Surveiller les complications des traitements.
- Rechercher l'évolution métastatique.
- Prise en charge psychologique ++.

SURVEILLANCE ET SUIVIE.

- **Moyens:**

- Interrogatoire.
- Examen clinique :
 - sein opéré ou paroi et sein controlatéral, aires ganglionnaires, membre supérieur à la recherche d'un lymphœdème.
 - général (examen gynécologique annuel).
- Examen mammographique $\pm$ échographique après 6 mois ,puis annuellement .
- Marqueurs discutés.
- Bilan si signes d'orientation.

SURVEILLANCE ET SUIVIE

- Aspects particuliers:
 - Contre-indication absolue de contraception par voie orale et de traitement hormonal de la ménopause.
 - Pas de contre-indication d'une grossesse, en dehors d'un traitement anti-hormonal, et après un intervalle libre.

FACTEURS PRONOSTIQUES

- Age.
- Taille tumorale.
 - mesurée par l'anatomo-pathologiste.
- Envahissement ganglionnaire axillaire.
- Grade histo-pronostique
- Type histologique.
- Récepteurs hormonaux.
- Existence d'embolies vasculaires.
- Autres :
 - Sur-expression de Cer2 B2 (HER= oncogène).
 - Ki 67 élevé .

PRONOSTIC

- Survie à 5 ans (exemple):
 - T1N0M0 : 98%.
 - T2-T3N0M0 : 87%.
 - T1-3 N+ M0 : 77%.
 - T4 NxM0 : 55%.
 - M1 : survie 18%.

DÉPISTAGE

- Mammographie :
 - mammographie 2 incidences (Profil Axillaire + CP).
 - de 50 à 74 ans, en l'absence de risque particulier.
 - Si ANTCDS familiaux dépistage 5 ans avant la date du cancer familial le plus jeune.
- Examen médical:
 - Repérer femme à risque.
 - Sensibilisation.
- Auto-examen :
 - apprentissage nécessaire .



DÉPISTAGE

Bras levé
Le bras situé du même côté que le sein examiné est levé.

Palpation

Chaque sein est palpé en totalité avec la face palmaire des doigts de la main opposée, en imprimant un mouvement circulaire et avec une certaine pression. L'autoexamen est effectué en position debout, puis en position allongée.

Sein

Mamelon
Le mamelon est pressé doucement, afin de s'assurer qu'aucun liquide ne s'en échappe.



CONCLUSION